



МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ  
САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 01.08.2025 № 1-3.11-472/25

г. Южно-Сахалинск

**Об утверждении Порядка взаимодействия с медицинскими организациями, расположенными на территории Сахалинской области, по предоставлению дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия**

В целях регулирования предоставления дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия, **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить Порядок взаимодействия с медицинскими организациями, расположенными на территории Сахалинской области, по предоставлению дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия (прилагается).

2. Опубликовать настоящий приказ на «Официальном интернет-портале правовой информации» ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)) и разместить в сети Интернет на официальном сайте министерства социальной защиты Сахалинской области <https://msz.sakhalin.gov.ru>.

3. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Министр

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 00C4D98C8D9093967C450B0525E48D3

B20

Владелец Орлова Ольга Сергеевна  
Действителен с 26.05.2025 по 19.08.2026

О.С.Орлова

УТВЕРЖДЕН  
приказом министерства  
социальной защиты  
Сахалинской области  
от 01.08.2025 № 1-3.11-472/25

**ПОРЯДОК**  
**взаимодействия с медицинскими организациями,**  
**расположенными на территории Сахалинской области,**  
**по предоставлению дополнительной меры социальной поддержки**  
**на оплату медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия**

**1. Общие положения**

1.1. Настоящий порядок устанавливает последовательность взаимодействия с медицинскими организациями, расположенными на территории Сахалинской области, в целях заключения соглашения, устанавливающего порядок, права и обязанности сторон при осуществлении деятельности в рамках предоставления дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия посредством оказания специализированной медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе с применением донорских криоконсервированных половых клеток (далее - соглашение).

1.2. Предоставление дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия, осуществляется в соответствии с постановлением Правительства Сахалинской области от 23.07.2025 № 309 «О дополнительной мере социальной поддержки на оплату

медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия» (далее также – мера социальной поддержки на оплату медицинских услуг, постановление).

1.3. Мера социальной поддержки на оплату медицинских услуг предоставляется министерством социальной защиты Сахалинской области (далее - Министерство) с участием государственного казенного учреждения «Центр социальной поддержки Сахалинской области» (далее - Учреждение).

## **2. Порядок отбора медицинских организаций, расположенных на территории Сахалинской области, принявших решение об участии в предоставлении меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг**

2.1. Медицинская организация, расположенная на территории Сахалинской области (далее – Организация), принявшая решение об участии в предоставлении меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг представляет в Учреждение заявление об участии по форме № 1 к настоящему Порядку.

К заявлению прилагаются следующие документы:

- 1) копия устава Организации, заверенная подписью руководителя или уполномоченного лица и оттиском печати Организации при ее наличии;
- 2) копия документа, подтверждающего назначение на должность руководителя Организации, заверенная подписью руководителя или уполномоченного лица и оттиском печати Организации при ее наличии;
- 3) копия лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий).

2.2. Право на участие в предоставлении меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг имеют Организации, в случае соблюдения требований, установленных постановлением.

2.3. Заявление Организации согласно приложению № 1 к настоящему Порядку и документы, указанные в пункте 2.1 настоящего Порядка (далее -

документы), предоставляются в Учреждение прошитыми в единый том со сквозной нумерацией страниц, заверенными подписью руководителя или уполномоченного лица с оттиском печати Организации (при ее наличии), либо в форме электронных документов, заверенных электронной подписью, с сопроводительным письмом Организации и описью представленных документов.

Заявление об участии в предоставлении дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг может быть подано не позднее 1 декабря 2025 года.

2.4. Ответственность за достоверность и полноту сведений, отраженных в заявлении Организации и документах, возлагается на Организацию.

2.5. Учреждение рассматривает представленные документы и не позднее 7 рабочих дней после получения заявления и документов от Организации принимает одно из следующих решений:

- об участии Организации в предоставлении дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг;
- об отказе в участии Организации в предоставлении дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг.

### **3. Порядок заключения соглашения**

3.1. Учреждение в течение 5 рабочих дней после получения решения, указанного в пункте 2.5 настоящего Порядка, направляет Организации, прошедшей отбор, подписанный им проект соглашения в двух экземплярах в соответствии с примерной Формой № 2 к настоящему Порядку.

3.2. В соглашении должны быть установлены следующие обязанности Организации:

- передавать сведения о

заключении гражданином Российской Федерации договора на оказание медицинских услуг с Организацией;

- не позднее 1-го рабочего дня со дня подписания договора с гражданином уведомлять Учреждение о перечне медицинских услуг, назначенных Организацией гражданину;

- передавать в Учреждение сведения о фактическом оказании медицинских услуг, их количества и стоимости, а также подписанные гражданином акты об оказанных медицинских услугах;

- сведения об отказе гражданина от лечения бесплодия, установленные Порядком предоставления дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия, утвержденным постановлением;

- осуществлять информационное взаимодействие с Министерством и Учреждением;

- обеспечивать обработку операций, совершенных с использованием электронных средств платежа.

3.3. Организация в течение 10 рабочих дней после получения проекта соглашения обязана подписать его и направить один экземпляр соглашения в Учреждение.

3.4. В случае выявления недостоверности сведений, отраженных в заявлении Организации и документах, Организация отстраняется Учреждением от участия в предоставлении дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг.

Уведомление об отстранении Организации оформляется в трех экземплярах, два из которых в течение пяти рабочих дней после принятия решения направляются в Министерство и Организации соответственно.

3.5. В случае установления факта несоответствия Организации требованиям, указанным в пункте 2.1 настоящего Порядка, Учреждение обязано направить письменную претензию Организации. При этом срок

ответа на претензию Организацией не должен превышать 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты ее получения.

3.6. Порядок и условия взаимодействия Учреждения и Организации в рамках предоставления дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг определяются соглашением с учетом типовых положений, предусмотренных формой соглашения (приложение № 2 к Порядку).

3.7. Взаимодействие Учреждения и Организации в рамках предоставления дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг осуществляются на безвозмездной основе.

---

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к Порядку взаимодействия с медицинскими  
организациями, расположенными на  
территории Сахалинской области, по  
предоставлению дополнительной меры  
социальной поддержки на оплату  
медицинских услуг, связанных с лечением  
бесплодия, утвержденному приказом  
министерства социальной защиты  
Сахалинской области

от 01.08.2025 № 1-3.11-472/25

В ГКУ «Центр социальной поддержки  
Сахалинской области»

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

медицинской организации,  
расположенной на территории Сахалинской области -  
об участии в предоставлении дополнительной меры социальной поддержки  
на оплату медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(полное и сокращенное наименование медицинской организации  
соответствии с учредительными документами)

ОГРН \_\_\_\_\_  
ИНН \_\_\_\_\_  
КПП \_\_\_\_\_,  
в лице

\_\_\_\_\_  
(ФИО и должность лица, уполномоченного действовать от имени  
медицинской организации)

действующего на основании

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(реквизиты документов, на основании которых действует лицо

от имени медицинской организации)

Прошу допустить к участию в предоставлении дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия, медицинскую организацию, расположенную на территории Сахалинской области.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами)

Подтверждаем наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий).

Контактным лицом

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами)

в соответствии с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование документа)

является

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О., должность

\_\_\_\_\_  
номер телефона

\_\_\_\_\_  
адрес электронной почты

К заявлению прилагаются следующие документы:

1.

2.

3.

\_\_\_\_\_  
(указываются документы в соответствии с пунктом 2.1 Порядка взаимодействия с медицинскими организациями, расположенными на территории Сахалинской области, в рамках предоставления дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия, утвержденному приказом министерства социальной защиты Сахалинской области)

---

(полное наименование медицинской организации в соответствии  
с учредительными документами)

подтверждает достоверность сведений, представленных ГКУ «Центр социальной поддержки Сахалинской области».

" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(должность руководителя медицинской организации (уполномоченного лица))

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

к Порядку взаимодействия с медицинскими организациями, расположенными на территории Сахалинской области, по предоставлению дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия, утвержденному приказом министерства социальной защиты Сахалинской области

от 01.08.2025 № 1-3.11-472/25

**ФОРМА СОГЛАШЕНИЯ**

**о взаимодействии с медицинской организацией, расположенной на территории Сахалинской области, в рамках предоставления дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия**

г. Южно-Сахалинск

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное казенное учреждение «Центр социальной поддержки Сахалинской области», именуемое в дальнейшем Центр, в лице руководителя \_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации), в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании Устава\иного документа, именуемое в дальнейшем Организация, с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

**1. Термины и сокращения**

1.1. В настоящем соглашении используются следующие термины и сокращения:

**Мера социальной поддержки** – предоставление дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг женщинам, получившим решение врачебной комиссии ГБУЗ «Сахалинская областная больница» о необходимости лечения бесплодия и не имеющая возможности получения медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования, осуществляемого в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 325-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и реализуемая в соответствии с постановлением Правительства Сахалинской области от 23.07.2025 № 309 «О дополнительной мере социальной поддержки на оплату медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия» (далее – постановление);

**Пользователь** – получатель меры социальной поддержки;

**Организация** – медицинская организация, отвечающая требованиям, установленным абзацем 3 пункта 1.5 Порядка предоставления дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия, утвержденного постановлением (далее – Порядок);

**Медицинские услуги** – услуги, связанные с лечением бесплодия посредством оказания специализированной медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе с применением донорских криоконсервированных половых клеток, предоставляемые Организацией Пользователю.

## **2. Предмет соглашения**

2.1. Настоящее соглашение регулирует порядок взаимодействия сторон при осуществлении деятельности в рамках предоставления дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия посредством оказания специализированной медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе с применением донорских криоконсервированных половых клеток.

### 3. Права и обязанности

#### 3.1. Права и обязанности Центра:

##### 3.1.1. Центр обязуется:

- размещать в сети «Интернет» информацию о порядке предоставления меры социальной поддержки.

##### 3.1.2. Центр вправе:

- получать информацию о деятельности Организации в рамках реализации меры социальной поддержки;
- обращаться к Организации за разъяснением вопросов, возникающих при исполнении настоящего соглашения.

#### 3.2. Права и обязанности Организации:

##### 3.2.1. Организация вправе:

- размещать по согласованию с Центром информацию о предоставлении услуг в рамках предоставления дополнительной меры социальной поддержки на оплату медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия, в средствах массовой информации;
- обращаться в Центр за разъяснением вопросов, возникающих при исполнении настоящего соглашения.

##### 3.2.2. Организация обязуется:

- предоставлять сведения о заключении договора с Пользователем, сведения о перечне медицинских услуг, назначенных Пользователю, не позднее 1 рабочего дня со дня подписания указанного договора;
- об оплате медицинских услуг Пользователем;
- передавать в Учреждение сведения о фактическом оказании медицинских услуг; их количества и стоимости, а также подписанные Пользователем акты об оказанных медицинских услугах не позднее 1-го рабочего дня со дня подписания актов об оказанных медицинских услугах;
- передавать в Учреждение сведения об отказе Пользователя от лечения бесплодия, установленные Порядком, не позднее 1-го рабочего дня с отказа Пользователя;

- предоставить в Учреждение по завершении лечения бесплодия Пользователя справку о выполнении медицинской организацией мероприятий, предусмотренных постановлением Правительства Сахалинской области от 23.07.2025 № 309 «О дополнительной мере социальной поддержки на оплату медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия» по Форме к настоящему соглашению, не позднее 1-го рабочего дня со дня завершения лечения бесплодия Пользователя.

3.3. Стороны обязаны соблюдать положения Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» при осуществлении сбора, хранения, обработки персональных Пользователей с целью выполнения своих обязательств, Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при разглашении сведений, составляющих врачебную тайну, а также при осуществлении информационного взаимодействия.

3.4. Стороны договорились, что взаимодействие между сторонами осуществляется путем обмена по защищенным каналам связи сведениями (информацией) в форме электронных документов и (или) электронных образов документов, подписанных усиленной квалифицированной электронной подписью в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо с использованием единой системы межведомственного электронного взаимодействия.

#### **4. Ответственность Сторон**

4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств по настоящему соглашению Стороны будут стремиться разрешить путем переговоров.

4.2. Споры, не урегулированные путем переговоров, разрешаются в судебном порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение/ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему соглашению в случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы.

## **5. Действие соглашения**

5.1. Настоящее соглашение вступает в силу с даты подписания его Сторонами и действует до его расторжения по соглашению сторон.

5.2. Стороны вправе в одностороннем внесудебном порядке расторгнуть настоящее соглашение, направив другой Стороне соответствующее уведомление в письменной форме с указанием причины расторжения не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения.

5.3. В случае расторжения настоящего соглашения по любым основаниям все обязательства, возникшие до расторжения настоящего соглашения, подлежат исполнению сторонами в полном объеме и в соответствии с условиями настоящего соглашения.

## **6. Иные условия**

6.1. Если какое-либо из положений настоящего соглашения является или становится недействительным, противоречащим законодательству Российской Федерации, не подлежащим принудительному исполнению или лишенным юридической силы, то это положение считается утратившим силу, что не является причиной для приостановления действия и/или признания недействительными остальных положений настоящего соглашения в целом.

6.2. Все изменения и дополнения к настоящему соглашению действительны лишь в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

6.3. Настоящее соглашение со всеми его приложениями составлены в двух экземплярах, по одному экземпляру для каждой Стороны.

**7. Реквизиты и подписи сторон:****Центр:****Организация:**

*Наименование, ОГРН, место нахождения, ИНН/КПП, платежные реквизиты (наименование учреждения Банка России, наименование и место нахождения территориального органа Федерального казначейства, в котором открыт лицевой счет, БИК, лицевой счет)*

ФИО	ФИО
-----	-----

Форма  
к СОГЛАШЕНИЮ  
о взаимодействии с медицинской организацией,  
расположенной на территории Сахалинской области,  
в рамках предоставления дополнительной  
меры социальной поддержки на оплату  
медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия

**Справка**

**о выполнении медицинской организацией мероприятий, предусмотренных постановлением Правительства Сахалинской области от 23.07.2025 № 309 «О дополнительной мере социальной поддержки на оплату медицинских услуг, связанных с лечением бесплодия» (далее – постановление № 309)**

\_\_\_\_\_  
(наименование и адрес медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациента)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения пациента)

\_\_\_\_\_  
(СНИЛС)

\_\_\_\_\_  
(возраст пациента)

\_\_\_\_\_  
(№ Договора / дата заключения Договора (постановление №309))

\_\_\_\_\_  
(даты протокола ЭКО (в том числе по ОМС - по разделам 2 и 3 Приложения 1 к постановлению № 309))

\_\_\_\_\_  
/Нет рекомендованных для переноса по результатам ПГТ  
(дата переноса криоконсервированных эмбрионов (ОМС))

\_\_\_\_\_  
(результат проведенного лечения: биохимическая беременность,  
УЗ - беременность, нет беременности)

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя  
медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О)

\_\_\_\_\_  
" " 20\_\_ г.  
(дата оформления)"

Копия верна

КОНСУЛЬТАНТ

Ермак Т. А.

